POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Lékařská prohlídka

Z0016

Vyhotovenou lékařskou prohlídku k návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. k pojistné smlouvě, předejte přímo pojištěnému nebo zašlete na adresu pověřeného zdravotnického zařízení:
P.O.BOX: MUDr. Zuzana Grofová - pověřené zdravotnické zařízení, P.O.Box B-30, Česká pošta, s.p., Na Hrádku 105, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice

Číslo pojistné smlouvy (návrhu) | | | | | | | | | |

V případě žádosti o přistoupení ke skupinovému pojištění hypotečních úvěrů České spořitelny, a.s., a k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.:

typ úvěru ..... výše úvěru ..... doba splácení úvěru .....

ŽADATEL

Příjmení, jméno _____ Rodné číslo | | | | | | | | | | |

Vzdělání _____ Nynější zaměstnání _____

Adresa _____

HIV test požadován ☐ NE ☐ ANO

	VYPLŇTE, PROSÍM, VŠECHNY POŽADOVANÉ DOTAZY VČETNĚ AKTUÁLNÍ LABORATOŘE A POPISU KŘIVKY EKG			Udejte detaily
1.	a) Datum prohlídky			
	b) Už jste někdy vyšetřoval nebo léčil žadatele?	☐ **NE**	☐ **ANO**	Kdy a proč?
	c) Je žadatel Váš příbuzný	☐ **NE**	☐ **ANO**	
2.	a) Výška, váha			cm kg
	b) Vypadá žadatel zdravě a odpovídá jeho vzhled uvedenému věku?	☐ **NE**	☐ **ANO**	
3.	Kůže a) Patrné známky kožních chorob (vyrážka, otoky, vředy atd.):	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	b) Jizvy, suspektní mateřská znaménka:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
4.	Hlava, krk Patologický nález na hlavě a krku?	☐ **NE**	☐ **ANO**	
5.	Respirační orgány a) Chrapot nebo kašel:	☐ **NE**	☐ **ANO**	Odkdy, příčina:
	b) Abnormality ve tvaru či zakřivení hrudního koše:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	c) Abnormální výsledky poklepu nebo poslechu:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	d) Další známky onemocnění respiračních orgánů:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
6.	Kardiovaskulární systém a) Abnormální srdeční ozvy (intenzita, rozsah):	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	b) Srdeční šelest:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	c) Tlak puls Prosím opakujte, pokud je výsledek nad 140/90 mmHg.			Tepy/min. Tlak: mmHg Druhé měření:
	d) Je puls nepravidelný?	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	e) Je puls na dolních končetinách hmatný?	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	f) Jsou slyšitelné cévní šelesty?	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	g) Známky srdeční nedostatečnosti nebo dekompenzace:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	h) Křečové žíly:	☐ **NE**	☐ **ANO**	Rozsah, vředy, jizvy
7.	Břicho, gastrointestinální systém a) Abnormální výsledky poklepu nebo pohmatu břicha:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	b) Další onemocnění gastrointestinálního traktu:	☐ **NE**	☐ **ANO**	
	c) Je přítomna kýla?	☐ **NE**	☐ **ANO**	

2-7602 (Z 0016) 10/2009

8.	Urogenitální systém a) Žadatelé muži: Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů: ☐ NE ☐ ANO	
	b) Žadatelky ženy: Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů nebo patologický nález prsů: ☐ NE ☐ ANO	
9.	Nervový systém, smyslové orgány a) Onemocnění smyslových orgánů, zvláště zhoršený zrak nebo sluch: ☐ NE ☐ ANO	
	b) Patologie v nervových reflexech a jevech: ☐ NE ☐ ANO	
	c) Jiná onemocnění nervového systému: ☐ NE ☐ ANO	
10.	Svalový a kosterní systém a) Přítomnost deformací: ☐ NE ☐ ANO	
	b) Onemocnění zad a páteře: ☐ NE ☐ ANO	
	c) Onemocnění svalů, kostí, kloubů: ☐ NE ☐ ANO	
11.	Různé a) Zvětšené lymfatické uzliny: ☐ NE ☐ ANO	
	b) Patologický nález štítné žlázy: ☐ NE ☐ ANO	
	c) Hormonální poruchy (nadledvinky, GT, pohlavní žlázy): ☐ NE ☐ ANO	
	d) Shledal(a) jste jiné patologické nálezy? ☐ NE ☐ ANO	
	e) Jsou u žadatele patrné známky duševní poruchy? ☐ NE ☐ ANO	
12.	Laboratoř a) moč: **nutno číselně vypsat aktuální hodnoty** bílkoviny cukr sediment	
	b) krev: **nutno číselně vypsat aktuální hodnoty** cholesterol (+HDL) kreatinin AST triglyceridy urea ALT glykémie sedimentace Bil	
	c) krevní obraz: **nutno číselně vypsat aktuální hodnoty** ERY: TROMBO: HEMOGLOBIN: LEUKO: HEMATOKRIT:	
13.	a) Máte podezření na nikotinismus, alkoholismus, nadměrné užívání léků nebo toxikomanie? ☐ NE ☐ ANO	
	b) Může mít zaměstnání nebo životní styl žadatele špatný vliv na jehozdravotní stav? ☐ NE ☐ ANO	
	c) Obáváte se jiných rizikových faktorů? ☐ NE ☐ ANO	
	d) Vyžaduje zdravotní stav žadatele další odborná vyšetření? ☐ NE ☐ ANO	
14.	EKG **(popis křivky – nesmí být starší než 3 měsíce)**	
15.	Celkový nález	

Prohlašuji, že jsem žadatele vyšetřil(a) a pravdivě zodpověděl(a) výše uvedené otázky.

Místo, datum: Razítko, podpis lékaře